Lane Medical Library

193

Aus der Medizinischen Universiätsklinik Gießen
Dir. Prof. Dr. Reinwein

Mumps-Endemie in einer Gießener Reichswehrkaserne im Februar 1935

STANFORD UNIVERSITY
JUL 25 1939
LIBRARY

Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät der
Hessischen Ludwigsuniversität zu Gießen

eingereicht von

HANS ANACKER

Gießen 1938

Buchdruckerei J. Särchen, Baruth/Mark-Berlin

Ref. Prof. Dr. Reinwein

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät Gießen

Historisches:

Parotitis ist eine seit altersher bekannte Krankheit. Schottmüller gibt einen kurzen historischen Überblick. Schon bei Hippokrates findet sich eine vorzügliche Schilderung der Krankheit, in der er die für sie charakteristischen Symptome klar hervorhebt. Ebenso beschreiben andere Ärzte des Altertums (Galen, Celsus, Aetius, Paulus) mehr oder weniger ausführlich das Krankheitsbild der Parotitis epidemica. Die ersten umfassenden Darstellungen erscheinen in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts. Sie stimmen im wesentlichen mit unseren heutigen Anschauungen überein (Trousseau, Grisolle, V. v. Bruns, Vogel). Übereinstimmend erwähnen die Autoren, daß häufiger wie bei anderen kontagiösen Erkrankungen sich die Parotitis epidemica auf kleinere Kreise beschränkt. Charakteristisch sind die Endemien in geschlossenen Anstalten. Bekannt geworden sind die Epidemien im Kadettenhaus in Berlin 1836, in Dresden 1898, in der Franke'schen Stiftung in Halle 1837. Eine pandemische Ausbreitung wurde 1714 und 1753 in Italien, in Deutschland 1825 in der Provinz Sachsen beobachtet.

Die vorliegende Arbeit beschreibt eine Mumpsendemie, die im Februar 1935 in einer Gießener Reichswehrkaserne ausbrach. Es erkrankten im ganzen 16 Patienten, die alle zur Behandlung in die hiesige medizinische Klinik eingewielen wurden.

Epidemiologie: Es ist charakteristisch für die Parotitis epidemica, wie schon erwähnt wurde, daß sie vor allen in geschlossenen Anstalten auftritt. Bei der hiesigen Endemie konnte durch rechtzeitige Isolierungsmaßnahmen ein Weiterschreiten der Erkrankung verhindert werden. Die Patienen wurden sofort isoliert, sodaß innerhalb vier Wochen die Endemie erloschen war. Der Dienst wurde in keiner Weise beeinträchtigt.

Kontagiosität: Der Charakter einer kontagiösen Erkrankung der Parotitis epidemica fand sich auch hier vollauf bestätigt. Die Patienten gehörten bis auf 2 einer Kompanie an. Durch das tägliche Zusammensein innerhalb und außerhalb des Dienstes war eine Übertragung der Infektion von einen auf den anderen möglich. Die 2 Angehörigen einer anderen Kompanie waren auf dem Revier, wo sie wegen leichter Angina lagen, in Berührung mit den an Mumps Er-

krankten gekommen und dort der Infektion anheim gefallen. Ob eine Übertragung durch gesunde Personen möglich ist, wie es von Schottmüller bejaht wird, konnte hier nicht entschieden werden, da sich Überträger und Infektionsherd nicht mit Sicherheit feststellen ließen. Es muß wohl ein Einschleppen von außen her angenommen werden, da während dieser Zeit in der Umgebung Gießens und in Gießen selber häufig Fälle von Parotitis epidemica beobachtet wurden.

Die Dauer der Kontagiosität beträgt im allgemeinen sechs Wochen (Klotz). Auch hier erkrankte sechs Wochen nach Erlöschen der Endemie, alle Patienten waren wieder gesund und taten Dienst, erneut ein Soldat, der mit den vorher an Parotitis epidemica Erkrankten auf einem Zimmer schlief. Es ist also wahrscheinlich, daß Rekonvalescenten, in Form von Bacillenträgern, die Krankheit weiter verbreiten können.

Aus der Tatsache, daß nur 14 Soldaten einer Kompanie erkrankten, obwohl bei allen anderen die gleiche Möglichkeit der Infektion bestand, ist zu ersehen, daß nur ein Teil der Gefährdeten erkrankt, trotzdem ein großer Teil der Nichterkrankten keine durch eine frühere Parotitis erworbene Immunität besaß. Die Patienten wurden alle zum ersten Male von Mumps befallen.

Inkubation: Die Inkubationszeit bei Parotitis epidemica kann in beträchtlichen Grenzen schwanken. Im Durchschnitt können 2—3 Wochen gelten, Extreme nach beiden Seiten drei bezw. 36 Tage sind berichtet worden (Klotz). Bei der hiesigen Endemie sind 15—25 Tage anzunehmen, denn alle Patienten erkrankten 15—25 Tage nach den beiden zuerst von Mumps befallenen, die wohl als Überträger anzusehen sind.

Klinisches Bild:

Das klinische Bild der hiesigen Parotitis epidemica Endemie entsprach durchaus dem in der Literatur beschriebenen. Prodromalerscheinungen, wie sie manchmal vorkommen können: Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und Durchfälle fehlten hier vollkommen. Die Erkrankung begann in fast allen Fällen mit leichten Schmerzen und Anschwellung stets zuerst auf einer Seite. In einem Fall bestand vorher eine leichte Angina mit Bronchitis, in einem anderen eine Angina allein; beide Patienten wurden wegen diesen Beschwerden auf das Revier gelegt und kamen dort mit den an Mumps Erkrankten in Berührung. Es läßt sich also nicht mit Sicherheit sagen, ob hier ein Zusammenhang zwischen Angina bezw. Bronchitis und Mumps besteht.

In Übereinstimmung mit den Beobachtungen in der Literatur wurde auch hier beobachtet, daß in der Regel zuerst die eine, dann die andere Parotis, seltener beide zugleich erkrankten und daß die linke Ohrspeicheldrüse viel häufiger zuerst befallen wird als die rechte. Bei zwei Patienten wurde nur die linke, bei einem nur die rechte Parotis betroffen; in allen übrigen Fällen erkrankte die Parotis beiderseits, bei acht Patienten zuerst die linke, bei fünf zuerst die rechte Parotis. Die Erkrankung der einen Drüse folgte der anderen meist in einer Zwischenpause von 1—3 Tagen. Ein erneutes Ansteigen der Temperatur, wie es Klotz erwähnt, konnte in keinem Fall beobachtet werden.

Der Grad der Parotisschwellung war ein sehr wechselnder. Bei den drei Patienten mit einseitiger Parotitis zeigte sie einen mäßigen Umfang. Dagegen bei beiderseitigem Befallensein der Parotis erschien

das ganze Gesicht diffus geschwollen. Die Schwellung erreichte nach 1 — 3 Tagen ihr Maximum, die Haut war über der Anschwellung straff gespannt. Bei drei Patienten war die Schwellung so hochgradig, daß eine gewisse Steifheit in der Haltung des Kopfes bestand. Ausgesprochene schwere Schwellungszustände, wie sie Klotz erwähnt, die durch peripheres Ödem auf dem Hals seitlich über den Proc. mastoid. reichen können, der Mund nur unter starken Schmerzen geöffnet werden kann, traten bei keinem Patienten auf.

Die subjektiven Beschwerden, die beim Anschwellen der Parotis auftraten, entsprachen den verschiedenen Graden der Schwellung. Bei den drei Patienten mit einseitiger Parotitis wurden keine Schmerzen empfunden, es bestand nur leichte Druckschmerzhaftigkeit. Diese war umso ausgesprochener, je größer der Schwellungszustand war. Bei den stärkeren Formen der Erkrankung klagten die Patienten über Schmerzen beim Kauen und Öffnen des Mundes. Sie waren jedoch nicht so ausgesprochen, daß eine Behinderung in der Nahrungsaufnahme bestanden hätte.

Die Häufigkeit der Schwellung der Submaxillardrüsen, wie sie in der Literatur angegeben wird, schwankt bei den einzelnen Epidemien. Hier kam es bei 12 von 16 Patienten neben der Erkrankung der Parotis zu einer Schwellung der Submaxillardrüsen, die außer in einem Fall, immer beiderseitig auftrat. In drei Fällen erkrankte die Submaxillaris gleichzeitig mit der Parotis, bei allen übrigen Patienten 1 — 2 Tage später. Die Drüsen waren wallnuß- bis kirschgroß palpapel. Auffällig war die viel hartnäckigere Erkrankung der Submaxillaris als die der Parotis. Sie dauerte im Durchschnitt 15 — 20 Tage, überdauerte also fast immer um ein Beträchtliches die Parotisschwellung. Diese Beobachtung stimmt mit der von Meyer und Reifenberg überein. Daß jedoch wie die linke Parotis auch die linke Submaxillaris häufiger erkrankt, wie es die beiden Verfasser festgestellt haben, war hier nicht zu beobachten.

Ein Anschwellen der Glandulae sublinguales, was auch in der Literatur als selten vorkommend erwähnt wird, wurde bei keinem Patienten gesehen.

F i e b e r v e r l a u f : Das Fieber bei Parotitis epidemica ist gänzlich uncharakteristisch, es kann remitierend und intermittierend sein. Selten erreicht es höhere Grade als 38 — 39,5, dauert 2 — 7 Tage, gelegentlich wird es vollkommen vermißt (Klotz). Auch hier war der Fieberverlauf nicht sonderlich charakterisisch in Bezug auf Höhe, Dauer und Verlauf. Bei drei Patienten fehlte es überhaupt, die Temperaturen hielten sich unter 37 Grad. Die Parotitis nahm hier einen besonders leichten Verlauf, sodaß die Patienten schon nach 12 Tagen wieder als gesund entlassen werden konnten. Bei 2 anderen Patienten begann die Parotitis ebenfalls ohne Fieber, der Temperaturanstieg erfolgte erst mit dem Auftreten der Orchitis. Alle übrigen Patienten zeigten zu Beginn der Erkrankung eine Temperaturerhöhung auf 38—39,7 Grad. Das Fieber blieb 3—4 Tage auf dieser Höhe und fiel dann lytisch ab. Es bestand so lange, wie die Anschwellung der Parotis dauerte. Eine Continua wurde in keinem Fall beobachtet.

Ein Zusammenhang zwischen Fieber, Alter und Gesamtverfassung der Patienten ließ sich nicht feststellen.

B l u t b i l d : Das Blutbild bei Parotitis epidemica ist von Wiese eingehend bearbeitet worden. Er fand zuerst ein Absinken der Leukocytenwerte, bei schweren Fällen bis zur Leukopenie. Es folgte dann

eine Leukocytose leichten Grades, die vor allem durch eine Vermehrung der Lymphocyten charakterisiert war. Die Monocyten zeigten zu Beginn der Erkrankung fast durchweg eine Vermehrung. Eine solche Gesetzmäßigkeit im Verhalten des Blutbildes konnte bei der hiesigen Endemie nicht in allen Fällen beobachtet werden. Nur bei 4 von 16 Patienten wurde zu Beginn der Erkrankung ein deutliches Absinken der Leukocytenwerte festgestellt, bei zweien bis zu 3000 bezw. 3600 im cmm; die übrigen Kranken zeigten normale oder nur mäßig vermehrte Werte, im Durchschnitt 5600 — 10 000 im cmm. In den Fällen, die mit Orchitis allein oder Orchitis und Epidymitis einhergingen, trat, obwohl hier hohe Temperaturen bis zu 40 Grad bestanden, nur eine mäßige Leukocytose ein. Im Durchschnitt ergab die Zählung bei diesen Patienten Leukocytenwerte 9 — 10 000 im cmm, nur in einem Fall 16 200.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß sich im allgemeinen in keinem Stadium, auch nicht bei komplizierender Hodenafektion, eine ausgesprochene Leukocytose fand. (Nähere Angaben siehe Tabelle 1).

Die prozentuale Verteilung der einzelnen Leukocytenformen im weißen Blutbild stimmt mit den Beobachtungen Wieses überein. Bei der Untersuchung wurde fast in allen Fällen eine ausgesprochene Vermehrung der Lymphocyten festgestellt. Die Prozentzahlen der Lymphocyten schwankten zwischen 35 und 50%, der höchste Wert betrug 60%. Entsprechend der Vermehrung der Lymphocyten waren die polynukleären, neutrophilen Leukocyten prozentuell vermindert. Es wurden Werte von 37 bis höchstens 60% festgestellt. Eine Linksverschiebung wurde bei keinen Patienten beobachtet. (Siehe Tabelle 1.)

Eine Vermehrung der Monocyten, wie sie von Wiese zu Beginn der Parotitis epidemica festgestellt wurde, fand sich bei der hiesigen Endemie nur bei vier Patienten. Es zeigte sich in 2 Fällen ein Ansteigen bis zu 11%, ein Patient hatte 14%, ein anderer sogar 16% Monocyten. In allen übrigen Fällen ergab die Zählung im Durchschnitt Werte von 3 — 6% (siehe Tabelle 1).

Eine Steigerung der Eosinophilen, wie es Klotz erwähnt, von 1—6% bis zu 12—13% konnte bei keinem einzigen Patienten festgestellt werden. Die Werte waren überall normal.

Das Verhalten der basophilen Zellen und der Jugendformen war normal. Ebenfalls zeigten die Erythrocpten und Hämoglobinwerte keine Veränderungen.

Die Blutsenkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen ist bei Parotitis epidemica wenig beeinflußt (Klotz). Auch hier war sie bei den Patienten, die nicht von einer Orchitis befallen wurden, auffallend wenig verändert. Sie zeigte normale oder nur kaum über die Norm erhöhte Werte. Eine deutliche Erhöhung trat jedoch beim Hinzukommen einer Orchitis ein, eine umso stärkere, je ausgesprochener die Erscheinungen der Orchitis waren (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Blutbilder und Blutsenkungsgeschwindigkeit bei Parotitis epidemica.

Patient:	Krkh. Tag	Gesamtz. d. Leukoc.	Prozent Stab.	Segm.	Verteil. d. Leukocyten Eosin	Basoph.	Lym.	Mon.	B.S.G.
Se.	2.	6000		67 %	1 %		31 %	2 %	7/17
	10.	5800	1 %	65 %	1 %		30 %	4 %	6/15
	21.	5800	2 %	63 %	2 %		31 %	2 %	3/10

Patient:	Krkh. Tag	Gesamtz. d. Leukoc.	Prozent Stab.	Segm.	Verteil. d. Leukocyten Eosin	Basoph.	Lym.	Mon.	B.S.G.
Sta.	2.	8800	1 %	74 %			14 %	11 %	22/50
	9.	8400	4 %	65 %			21 %	10 %	21/40
	18.	7800	2 %	67 %			27 %	4 %	12/28
	26.	6400	1 %	70 %	2 %		26 %	3 %	8/15
Ri.	3.	8000	3 %	55 %	1 %		37 %	4 %	7/20
	7.	7800	2 %	59 %	1 %		35 %	4 %	
	12.	7000	3 %	63 %			32 %	2 %	2/6
Schä.	3.	4400		56 %	1 %		30 %	13 %	8/12
	7.	4900	2 %	55 %	1 %		33 %	9 %	
	12.	5500							8/23
	21.	6200	3 %	66 %	1 %		28 %	2 %	2/9
Hö.	2.	5600	2 %	50 %	1 %		44 %	3 %	5/16
	7.	6000	3 %	57 %	1 %		35 %	4 %	4/12
Ve.	3.	5200	6 %	40 %			50 %	4 %	8/36
	11.	6000	4 %	56 %	1 %		38 %	1 %	4/12
	18.	5800	3 %	65 %	1 %		29 %	2 %	1/5
Lo.	2.	4000		51 %	1 %	1 %	42 %	5 %	16/32
	15.	6200	2 %	50 %	1 %		44 %	3 %	13/42
	26.	5900	1 %	47 %			51 %	1 %	6/21
	31.	6000	3 %	59 %	1 %		35 %	2 %	3/10
Le.	3.	5200	5 %	48 %	2 %		44 %	1 %	9/26
	13.	5400	4 %	55 %	1 %		38 %	2 %	7/18
	22.	6200	3 %	61 %	1 %		32 %	3 %	
Po.	3.	5000	1 %	61 %			33 %	5 %	15/32
	11.	4200	1 %	55 %	1 %		39 %	4 %	91/118 Orch
	20.	5600	2 %	62 %			35 %	1 %	5/12
He.	3.	10000	2 %	65 %	1 %		34 %	1 %	35/65 Ang.
	12.	4400	1 %	45 %			43 %	11 %	61/97 Orch.
	21.	5200	3 %	42 %			53 %	2 %	7/26
Kl.	5.	9600		53 %	1 %		40 %	5 %	4/15
	13.	8700	1 %	55 %	2 %	1 %	40 %	5 %	4/15
	20.	7000	1 %	56 %			41 %	2 %	5/12
We.	3.	9800		66 %	1 %		27 %	6 %	9/28
	11.	9500	2 %	63 %	1 %		28 %	6 %	25/52 Orch
	20.	6400	1 %	64 %			34 %	2 %	7/13
Se.	9.	16200	1 %	36 %	2 %		60 %	1 %	25/59 „
	16.	8200	2 %	43 %	1 %		52 %	2 %	14/61
	22.	7000	1 %	59 %			39 %	1 %	11/28
Ha.	3.	3600	2 %	53 %	1 %		39 %	5 %	16/32
	10.	3900	3 %	51 %	2 %		40 %	4 %	35/87 „
	18.	4300	2 %	56 %			51 %	1 %	10/27
Ha.	2.	7600	1 %	65 %	1 %		31 %	2 %	11/25
	10.	8800	3 %	57 %	1 %		36 %	3 %	23/44 „
	12.	7400	2 %	52 %			42 %	4 %	17/32
Wa.	4.	3000	1 %	37 %	1 %		45 %	16 %	2/6
	14.	4200	4 %	43 %	2 %		39 %	12 %	17/44 „
	22.	5600	3 %	59 %	1 %		32 %	5 %	4/10

Die Dauer der Erkrankung gibt Klotz bei einseitiger Parotitis mit etwa 5 — 7 Tagen an, bei doppelseitiger mit 7 — 14 Tagen. Bei der hiesigen Endemie war die Krankheitsdauer bei allen Patienten eine längere. Zwei mit einseitiger Parotitis konnten nach neun bezw. elf Tagen entlassen werden. Alle anderen Patienten konnten erst nach 20 — 25 Tagen die Klinik verlassen. Auffällig war, daß bei den Patienten, die noch an einer Orchitis erkrankten, keine längere Krankheitsdauer zu verzeichnen war, als bei denen, wo nur eine beiderseitige Entzündung der Parotis bestand.

Recidive werden als selten vorkommend in der Literatur beschrieben. Hier wurde bei einem Patienten ein Recidiv beobachtet. Es handelt sich um einen Fall von linksseitiger Parotitis. Die Schwellung war bereits vollkommen wieder abgeklungen, es bestand keine Druckschmerzhaftigkeit mehr, ebenfalls keine Temperatur, subjektives Wohlbefinden, auch das Blutbild war wieder normal, als nach 5 Tagen die linke Parotis unter Temperaturanstieg erneut wieder anschwoll.

Komplikationen: Die häufigste Komplikation bei Parotitis epidemica ist die Orchitis. Die Häufigkeit schwankt bei den einzelnen Epidemien, genaue Zahlen lassen sich nicht angeben (Klotz). Hier wurde bei 8 von 16 an Parotitis epidemica erkrankten Patienten eine Orchitis beobachtet, zu der bei sechs noch eine Epidymitis hinzutrat. Die Hodenentzündung trat in 5 Fällen nach vollständigem Abklingen der Parotisschwellung auf, bei 3 Patienten wurde sie gleichzeitig mit Beginn der Parotisschwellung festgestellt. Sechs Patienten erkrankten an einseitiger Hodenentzündung, davon war bei vieren der rechte, bei zweien der linke Hoden betroffen, zwei zeigten eine doppelseitige Orchitis, die nach Klotz selten vorkommen soll. Jedoch erkrankte auch hier zuerst der rechte Testis, und erst nach drei bzw. sieben Tagen wurde der andere Hoden befallen. Es zeigte sich also eine deutliche Bevorzugung des rechten Testis.

Mit dem Auftreten der Orchitis ging fast stets eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens einher. Unter steilem Temperaturanstieg, in den meisten Fällen bis zu 40 Grad, trat eine mehr oder weniger starke Schwellung des Hodens auf. Das Fieber blieb noch solange die Orchitis bestand, und erst mit ihrem Abklingen setzte der Temperaturabfall ein. Die Orchitis dauerte vom Beginn der ersten Druckschmerzhaftigkeit bis zum völligen Verschwinden der Entzündungserscheinungen im Durchschnitt 7—10 Tage Ein Abschwellen des Hodens setzte bereits nach 4—5 Tagen ein, doch bestand dann noch eine weitere Druckschmerzhaftigkeit. In zwei leichten Fällen, bei denen es auch nicht zu einem ausgesprochenen Temperaturanstieg kam, war die Entzündung nach 5 Tagen schon wieder abgeklungen; ein Fall von besonders schwerer Orchitis dauerte 20 Tage.

Eine primäre Hodenaffektion, der die Erkrankung der Parotis erst in einigen Tagen folgte oder ein völliges Fehlen der Ohrspeicheldrüsen, wie es nach Klotz bei einigen Epidemien beobachtet wurde, trat hier nicht auf.

Auch eine Entzündung anderer Drüsen, wie sie in der Literatur erwähnt werden (Klotz), ebenso Komplikationen von Seiten des Zentralnervensystems mit meningitischen Symptomen, Komplikationen des Gehörganges mit Hör- und Gleichgewichtsstörungen fehlten hier vollkommen.

Auf eine Komplikation bei einem Patienten der hiesigen Endemie muß noch hingewiesen werden. Nachdem die beiderseitige Parotitis fast abgeklungen war, eine Orchitis bestand nicht, erkrankte der Patient am 5. Krankheitstag noch an einer Cystitis. Es fand sich im Urin Albumen und massenhaft Leukocyten. Eine Infektion durch Gonokokken konnte einwandfrei ausgeschlossen werden.

Blutzucker bei Parotitis epidemica: Mommsen und Meyer fanden bei ihren Untersuchungen über das Verhalten des Blutzuckers bei Parotitis epidemica bei einigen Patienten am 5.—6. Krankheitstag ein verzögertes Ansteigen bis zum Maximum. Sie schließen daraus, daß in dieser Zeit durch den Parotisinfekt eine Schädigung der innersekretorischen Funktion des Pankreas erfolgte. Auch hier wurde versucht, latente Störungen des intermediären Kohlehydratstoffwechsels durch Traubenzuckerbelastung mit fortlaufender Kontrolle des Blutzuckerspiegels festzustellen. Die Nüchternblutzuckerwerte waren in keinem Fall erhöht. Nach Einnahme von 50 Gramm Traubenzucker zeigten 2 Patienten einen Anstieg des Blutzuckerspiegels nach 30 Minuten bis zu 190 mg%, bei zweien ein verzögertes Ansteigen bis zum Maximum, alle übrigen Blutzuckerkurven

waren normal. (Siehe Tafel 2). Da bei fieberhaften Erkrankungen oder Entzündungsprozessen die Zuckerbelastung häufig Abweichungen von der Norm zeigt, so muß auch hier in Erwägung gezogen werden, ob der erhöhte bezw. verlangsamte Anstieg nicht dadurch bedingt war.

Tabelle 2

Blutzucker bei Parotitis epidemica.

	Nüchternblutzucker	30 Min.	60 Min.	120 Min.	180 Min. nach Belastung mit 50 g Traubenzucker
He.	93 mg%	163 mg%	165 mg%	130 mg%	84 mg%
Lo.	89 mg%	110 mg%	126 mg%	140 mg%	93 mg%
Po.	105 mg%	190 mg%	143 mg%	132 mg%	100 mg%
Ha.	92 mg%	190 mg%	140 mg%	120 mg%	86 mg%
Wa.	65 mg%	154 mg%	131 mg%	79 mg%	69 mg%
We.	110 mg%	175 mg%	147 mg%	126 mg%	87 mg%
Kl.	70 mg%	165 mg%	110 mg%	99 mg%	73 mg%
Ha.	81 mg%	140 mg%	110 mg%	97 mg%	86 mg%
Ri.	75 mg%	155 mg%	135 mg%	115 mg%	98 mg%
im Durchschnitt	86 mg%	160 mg%	136 mg%	116 mg%	86 mg%

Terapie: Es wurde bei allen Patienten Bettruhe angeordnet, so lange die Temperatur erhöht war und eine Schwellung der Parotis oder des Hodens bestand. Bei hohem Fieber wurden Pyramidon und Aspirin mit gutem Erfolg gegeben. Gegen die schmerzhafte Spannung wurden örtliche Einreibungen mit warmem Olivenöl und Jodvasogen angewandt. Ein Wattewickel unter dem Kinn über dem Kopf zugebunden, wurde wohltuend von den Patienten empfunden. Bei Orchitis erfolgte Hochlagerung des Hodens. Der Patient mit Cystitis wurde mit Bärentraubenblättern, Urotropin und örtlichen Wärmeapplikationen behandelt.

Literaturverzeichnis.

Mohr-Staehelin, Handbuch für Innere Medizin. Parotitis epidemica von Klotz.

Notnagel, Handbuch für spezielle Pathologie und Therapie, Bd. 3 Parotitis epidemica von Schottmüller.

Meyer-Reifenberg, Klinische Beobachtungen bei Parotitis epidemica. Zeitschrift für Kinderheilkunde. Bd. 42.

Wiese, Blutbefund bei Parotitis epidemica. Arch. f. Kinderheilkde Bd. 80.

Mommsen-Meyer, Störungen des intermed. K. H. Stoffwech bei Parotitis epidemica. Ztschr. für Kinderheilkde. B

Lebenslauf.

Am 6. Juli 1911 wurde ich als Sohn des Präparandenlehrers Karl Anacker in Kassel-Niederzwehren geboren. Infolge verschiedentlicher Versetzung meines Vaters besuchte ich die Volks-, Mittel- und Aufbauschule in Homburg Bez. Kassel und bestand Ostern 1931 an der Aufbauschule in Wetzlar mein Abitur. Meine ersten drei Studiensemester verbrachte ich in Kiel, ging dann nach Gießen, wo ich nach dem 5. Semester mein Physikum bestand. Im 6. Semester studierte ich ebenfalls in Gießen, im 7. wieder in Kiel, vom 8. bis 11. Semester in Gießen. Nach dem 11. Semester legte ich in Gießen vom 15. September bis 11. Dezember 1936 mein medizinisches Staatsexamen ab.